

## 在宅医療依頼書

名前		性別	年齢	連絡先電話番号
		男・女	歳	
住所				

### 1. 診療依頼【外来診療：要・不要】

**【訪問診療※<sup>1</sup>：要・不要】 【往診※<sup>2</sup>：要・不要】**

※1訪問診療：定期的かつ計画的に訪問診療すること

※2往診：患者より要請を受け、その都度出向き診療すること

### 2. 指導管理依頼

### 3 依頼内容 (具体的にお願いします)

あり・なし

診療報酬項目	依頼
在宅人工呼吸指導管理料	
在宅酸素療法指導管理料	
在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	
在宅気管切開患者指導管理料	
在宅悪性腫瘍等患者指導管理料	
在宅自己導尿指導管理料	
てんかん指導料	
その他 ( )	

(例) 気管カニューレ交換、胃ろうチューブ交換、中心静脈栄養管理、感冒時の診察、予防接種など

### 4. 超重症児・準超重症児スコア表

該当するスコアを○で囲んでください

判定スコア	(スコア)
(1) レスピレーター管理※ <sup>2</sup>	= 10
(2) 気管内挿管, 気管切開	= 8
(3) 鼻咽頭エアウェイ	= 5
(4) O <sub>2</sub> 吸入又は SpO <sub>2</sub> 90%以下の状態が 10%以上	= 5
(5) 1回/時間以上の頻回の吸引	= 8
6回/日以上以上の頻回の吸引	= 3
(6) ネブライザー 6回/日以上または継続使用	= 3
(7) IVH	= 10
(8) 経口摂取 (全介助) ※ <sup>3</sup>	= 3
経管 (経鼻・胃ろう含む) ※ <sup>3</sup>	= 5
(9) 腸ろう・腸管栄養※ <sup>3</sup>	= 8
持続注入ポンプ使用 (腸ろう・腸管栄養時)	= 3
(10) 手術・服薬にても改善しない過緊張で、 発汗による更衣と姿勢修正を 3回/日以上	= 3
(11) 継続する透析 (腹膜灌流を含む)	= 10
(12) 定期導尿 (3回/日以上) ※ <sup>4</sup>	= 5
(13) 人工肛門	= 5
(14) 体位交換 6回/日以上	= 3

重症児スコア	
合計	点

超重症児：25点以上

準超重症児：10~24点

みえキッズ&ファミリー



ホームケアクリニック

TEL：059-269-6187

FAX：059-269-6188

## みえキッズ&amp;ファミリーホームケアクリニック依頼患者様情報提供書

依頼日 年 月 日 依頼担当者：

★は必ず記載してください。内容確認のため当クリニックより折り返し連絡することがあります。

①患者情報	フリガナ		
	★氏名：		様 男・女
	生年月日： T・S・H・R		年 月 日 歳 ヶ月
	住所： 市		
電話：		携帯： ( )	
★②相談者	□家族 氏名：		続柄等： 連絡先：
	□所属機関名：		担当者： 連絡先：
★③病名	かかりつけ病院	担当医	
#1		科	Dr
#2		科	Dr
#3		科	Dr
④現在の居場所	□入院中（退院予定日： / ） □自宅など（ ）		
⑤依頼内容			
⑥現在の状態	移動：起き上がり(全介助・一部介助・自立)		
	食事： 症状(痛み・倦怠感・呼吸苦) 等： その他：		
⑦医療処置	□気管切開 □人工呼吸器(バイパップ含む) □経管栄養(経鼻・胃瘻) □酸素		
	□CVC □PCA □カテーテル(膀胱・腎・胆道) □ストマ(腸・膀胱)		
	□導尿 □吸引 □その他( )		
⑧訪問・通所サービス	□訪問看護(事業所 頻度 ) □訪問リハビリ( )		
	□放課後デイサービス □児童発達支援 □生活介護 □療育( )		
	□ショートステイ( ) □訪問介護(ヘルパー) □訪問入浴 □その他		
⑨医療保険情報	□小児慢性特定疾患 □子ども医療費助成 □生活保護 □特定疾患(指定難病)		
	□障害者手帳 級(種類 ) □療育手帳 □自立支援医療(更生・精神)		
⑩相談支援情報	相談支援事業所( ) 相談支援専門員( )		
⑪介護保険情報 (高齢者等)	要支援/介護 1・2・3・4・5・申請中(調査日 )		
	居宅介護支援事業所( ) ケアマネジャー( )		
⑫家族情報	本人除く同居家族( )名：		
	家族についての特記事項：		
⑬依頼の取り扱い	診療情報提供書 依頼 未・済 病院からFAX・本人持ち・郵送・その他( )		
	訪問看護指示書：		
面談希望日時：	月 日 ( )	：	場所： 駐車場：
初回往診日：	月 日 ( )		

連絡先：TEL：059-269-6187 FAX：059-269-6188